

DERMATITIS DE CONTACTO OCUPACIONALES

Dr. Patricio Amaro B.

Epidemiología y Fisiopatología

Dr. Patricio Amaro B.

Introducción

Reacción irritativa o alérgica inflamatoria adquirida en el ámbito laboral

Dermatosis Laborales más frecuentes
(90%)

Interfiere con actividad social y profesional. Puede ocasionar discapacidad permanente.

60% reposo laboral

Incidencia 1,3/10.000 trabajadores/año

Tabla 6 – Asociación entre tipo de dermatitis y sexo

Tipo de dermatitis	Sexo		Total
	Femenino	Masculino	
DCA	60 40,5%	42 23,2%	102 31%
DCI	88 59,5%	139 76,8%	227 69%
Total	148 100%	181 100%	329 100%

Tabla 4 – Distribución de pacientes según ocupación

Ocupación	N.º de pacientes	Porcentaje (%)
Construcción	62	18,8
Aseo	59	17,9
Industria	50	15,2
Administrativo	38	11,6
Salud	31	9,4
Alimentos	28	8,5
Textil	24	7,3
Faena de animales	13	4
Mecánico	9	2,7
Cajero	9	2,7
Pintura	6	1,8
Total	329	100

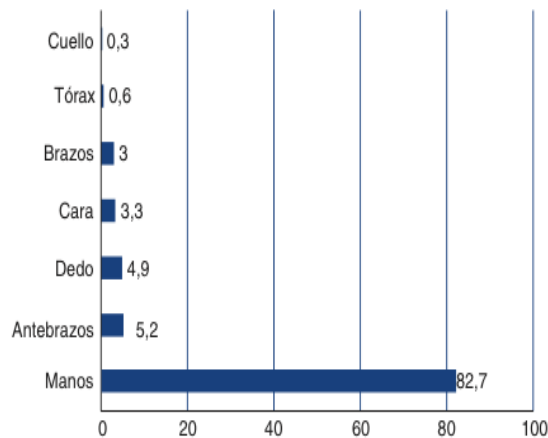


Figura 1 – Porcentaje de zonas afectadas.



Figura 2 – Distribución de alérgenos (+) al patch test (%).

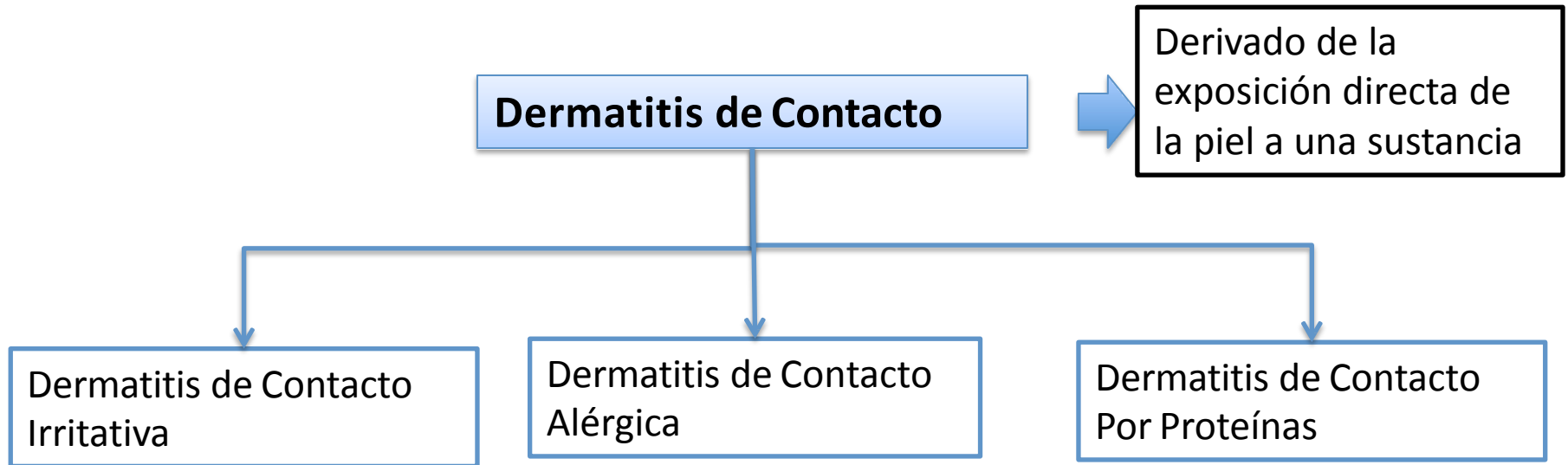
Dermatitis de Contacto

Derivado de la
exposición directa de
la piel a una sustancia

Dermatitis de Contacto
Irritativa

Dermatitis de Contacto
Alérgica

Dermatitis de Contacto
Por Proteínas



Dermatitis de Contacto Irritativa

Epidemiología

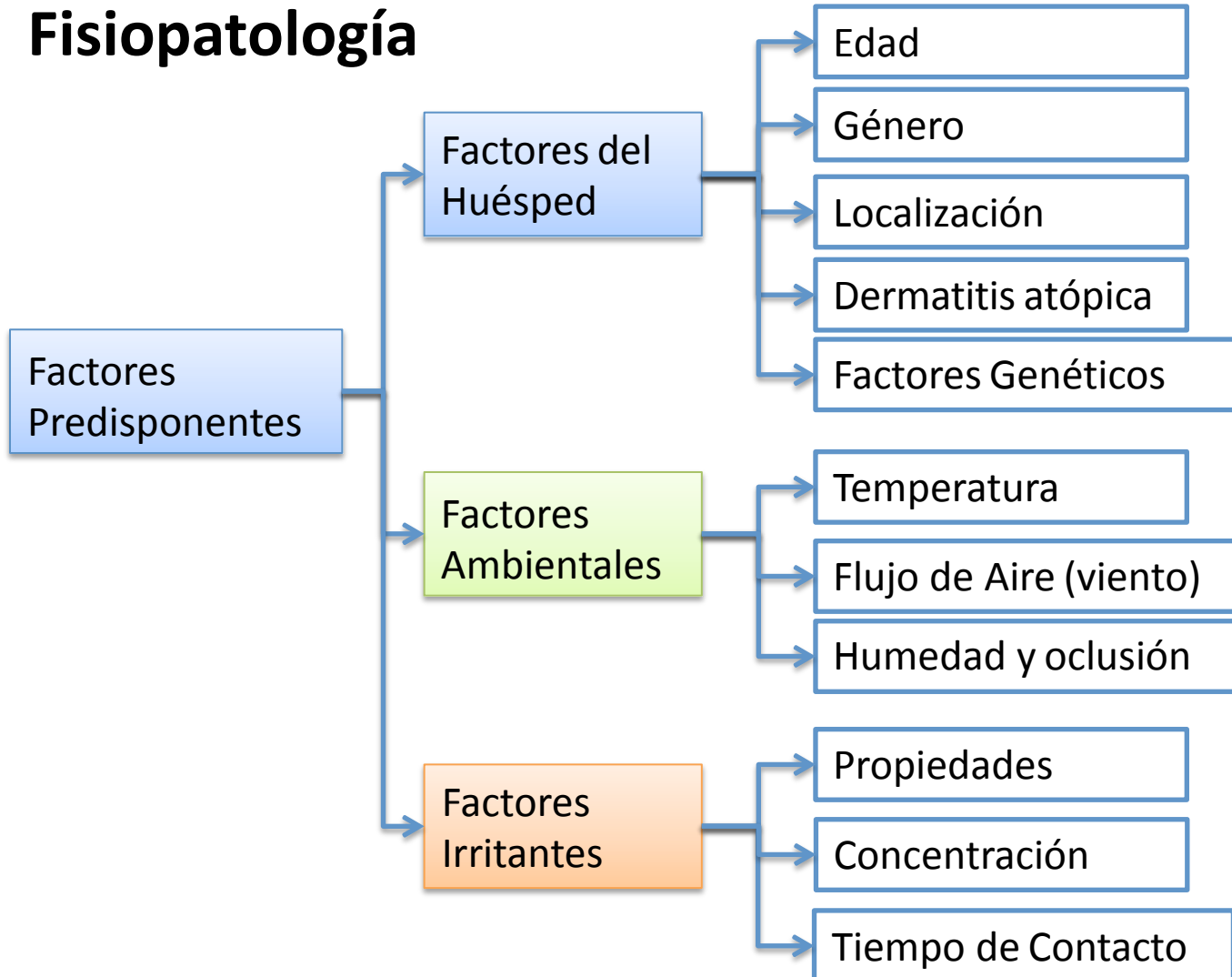
- Es la más frecuente (80%)
- Causa más frecuente de dermatitis de manos
- Más común en mujeres



Dermatitis de contacto

Irritativa

Fisiopatología



Dermatitis de Contacto

Irritativa

Fisiopatología – Factores del Huésped

–**Edad:** la reactividad **disminuye con la edad**.

–**Género:** más común en **mujeres**??

--**Localización:**

–Diferencias en el grosor del **estrato corneo** y la **función de barrera**.

–Cara, dorso de las manos y dedos son más predispuestos.



Dermatitis de Contacto Irritativa

Fisiopatología – Factores del Huésped

--**Dermatitis Atópica:** tienen **crónicamente** un barrera cutánea alterada.

--**Factores Genéticos:**

Polimorfismo en el **gen de TNF α** , que presentan bajo umbral al efecto irritante.



Dermatitis de Contacto Irritativa

Fisiopatología – Factores del Ambientales

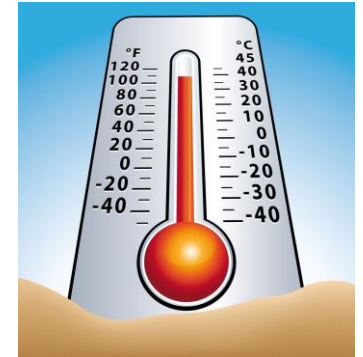
--Temperatura:

--Bajas:

- Aumentan la pérdida transepidérmica de agua.
- Aumentan la permeabilidad a los irritantes.
- Reduce la plasticidad del estrato córneo.

--Altas :

El caso de *lauryl sulfato de sodio*, estas aumentan la penetración.



Dermatitis de Contacto Irritativa

Fisiopatología – Factores del Ambientales

Flujo de aire (viento, sequedad ambiental):

Disminuye la función de la BC y aumentan la penetración de irritantes.

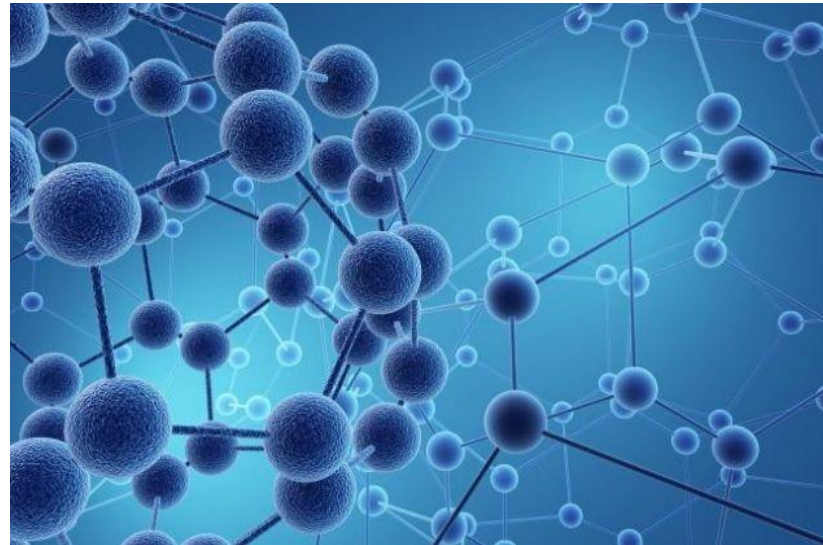
Humedad y Oclusión: Aumento H²O, aumentan contenido de agua en el EC, lo que aumenta la absorción de sustancias hidrosolubles.



Dermatitis de Contacto Irritativa

Fisiopatología – Factores Irritantes

- Propiedades:** Capacidad irritativa depende:
 - Acidez.
 - Constante de disociación.
 - Status ionizante.
 - Tamaño molecular.
 - Liposolubilidad.
- Concentración.**
- Tiempo de contacto.**



Dermatitis de Contacto Irritativa

MECANISMO DE ACCIÓN DE LOS IRRITANTES.

Los irritantes son agentes que son capaces de producir perturbación celular si se aplica a la piel durante un tiempo y en una concentración suficiente.

AGENTES QUÍMICOS.

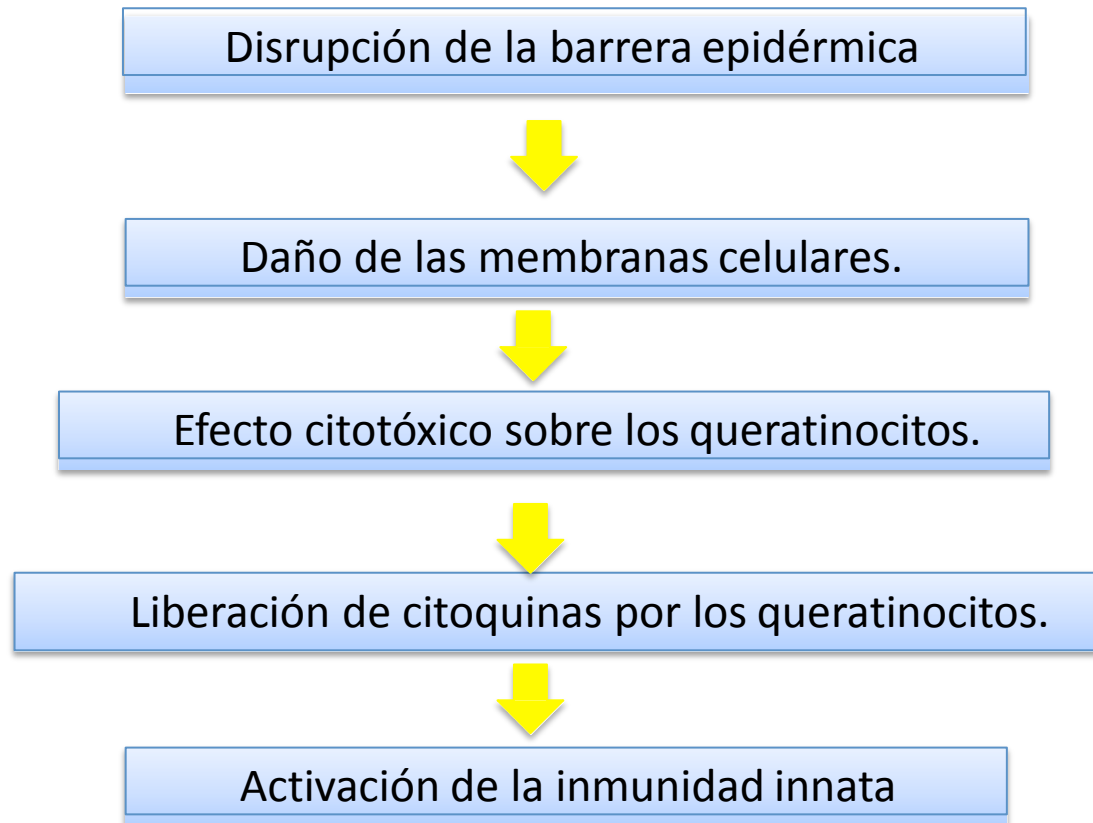
- Agua.
- Detergentes y Surfactantes
- Solventes.
- Agentes Oxidantes y Reductores.
- Ácidos
- Álcalis

AGENTES FÍSICOS.

- Herramientas de metal
- Maderas
- Fibras de vidrio
- Derivados de plantas
- Papel
- Polvo y aceite.

Dermatitis de Contacto Irritativa

Mecanismos Involucrados



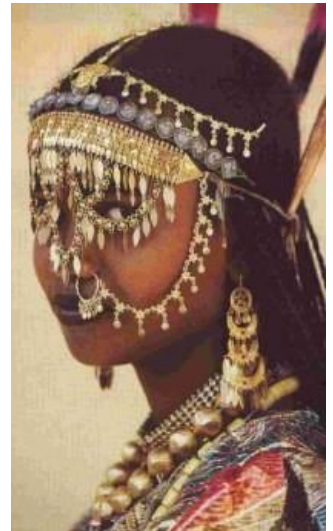
Dermatitis de Contacto Alérgica



Dermatitis de Contacto Alérgica

Epidemiología

- Varían dependiendo del área geográfica (hiedra venenosa).
- Varía según prácticas culturales (uso de joyas y fragancias).
- Incidencia y Prevalencia exacta desconocidas.
- Prevalencia estimada 7–20%.
- Más frecuente en mujeres que en hombres, alergia al níquel.



Dermatitis de Contacto Alérgica

Epidemiología

–Se han identificado + **3.700 alérgenos**

–Alérgenos más frecuentes :

- Metales
- Fragancias
- Antibióticos tópicos
- Preservantes
- Químicos de peluquería
- Gomas
- Pegamentos
- Plásticos
- Caucho



Dermatitis de Contacto Alérgica

Sulfato de Níquel



→ Alérgeno **más frecuente**.

→ Representando un 20–40%, con un predominio en mujeres por mayor exposición.



Dermatitis de Contacto Alérgica

Un estudio en el Hospital Clínico Universidad de Chile incluyó 1417 test de parche, encontró los siguientes alérgenos involucrados:

Sulfato de níquel (joyas) 47%

Cloruro de cobalto (barnices, pinturas, cerámicas y porcelana) 27%,

Dicromato de potasio (Antura de cueros) 10%

Mezcla de fragancias 7%.

Dermatitis de Contacto Alérgica

FISIOPATOLOGÍA --FACTORES PREDISPONENTES

--**Ocupación:** Presentan mayor riesgo:

- Profesionales de la salud
- Industria química
- Peluquería
- Maquinistas
- Construcción



Dermatitis de Contacto Alérgica

FISIOPATOLOGÍA –FACTORES PREDISPONENTES

–Edad:

–**Aumenta con la edad** –exposición repetitiva y prolongada a sensibilizantes.

–Factores contribuyentes –dermatitis por estasis y úlceras venosas.

–**Dermatitis Atópica:** Mayores tasas de test de parche positivo.



Dermatitis de Contacto Alérgica

Mecanismo Molecular

FASE AFERENTE O DE SENSIBILIZACIÓN

HAPTENIZACIÓN.

ROL DE LOS QUERATINOCITOS.

FASE EFECTORA O DE ESTIMULACIÓN.

RESPUESTA DE HIPERSENSIBILIDAD DE CONTACTO

Fase Regulatoria

Dermatitis de Contacto Alérgica

HAPTENIZACIÓN.

- –Los alérgenos de DCA son moléculas de bajo peso molecular (<500 Dalton) denominados haptenos.
- –No son inmunogénicas.
- –Formar **complejo hapteno--proteína** transportadora (hapteno-- carrier) y constituir un antígeno –estimular la inmunidad adquirida.
- –La mayoría poseen **residuos lipofílicos** –atravesar el estrato córneo y **residuos electrofílicos** –el enlace con los aminoácidos de las proteínas cutáneas.

Dermatitis de Contacto por Proteínas.



Dermatitis de Contacto por Proteínas.

- Es una reacción alérgica cutánea inducida principalmente por proteínas de origen animal o vegetal.
- Se ha observado en trabajadores que manipulan alimentos, por lo que ha sido reconocida como **patología laboral**



Dermatitis de Contacto por Proteínas.

Veien et al. (1983), definieron los siguientes criterios para DCP:

- 1.--Una dermatitis crónica recurrente provocada por el contacto con el material proteico.**
- 2.--Una erupción urticarial o vesicular aguda que ocurre minutos después del contacto con la proteína causante.**
- 3.--Resultados de las pruebas inmediatas que suelen ser positivas.**
- 4.--Resultados de Test de Parche que son a menudo negativos.**

Dermatitis de Contacto por Proteínas.

ETIOLOGÍA

–El alérgeno responsable es una **proteína de mayor peso molecular** que la que ocasiona la DCA.

–Los alérgenos más frecuentes son las proteínas de los **pescados y mariscos**, sin embargo también se ha observado con las proteínas de pollo, cerdo, papa, harina, ajo, berenjenas, látex y enzimas (alfa--amilasa).



Dermatitis de Contacto por Proteínas.

ETIOLOGÍA

- Hay varios factores individuales que la favorecen:
 - Exposición repetida del antígeno
 - Grataje crónico
 - Humedad
 - Antecedentes de dermatitis de contacto (irritativa o alérgica)
 - Antecedentes de atopia (dermatitis, asma o rinitis).

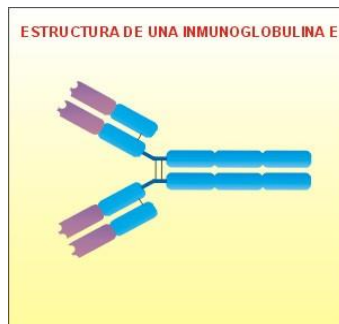


Dermatitis de Contacto por Proteínas.

FISIOPATOLOGÍA



- Espoco comprendida
- La mayoría cree que involucra una reacción de HS inmediata tipo I (IgE) y una reacción de HS retardada mediada por células, tipo IV.





- Dermatitis de Contacto Ocupacionales:
Manifestaciones Clínicas

Presentación Clínica de las DCI/O

- Ardor
- Dolor
- Fisuras
- Prurito en grado variable
- Xerosis
- Eritema variable
- Hiperqueratosis
- Liquenificación



Amado A, T.J., Sood A., "Irritant Contact Dermatitis", en Fitzpatrick's Dermatology in General Medicine, G.L. Wolff K,

Presentación Clínica de las DCA/O

Patrón Agudo	Patrón subagudo	Patrón Crónico
Eritema y edema marcados	Placas Eritematosa	Placa Liquenificadas
Vesícula y/o pápula	Descamación leve	Pápula satélite
En racimo		Signos de excoriación
		HPPI

DCI vs DCA

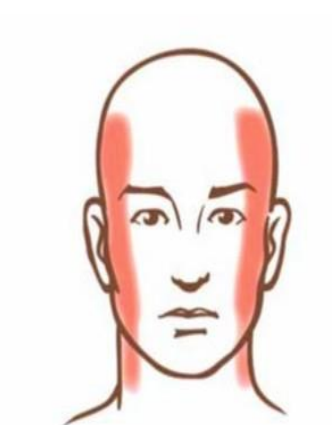
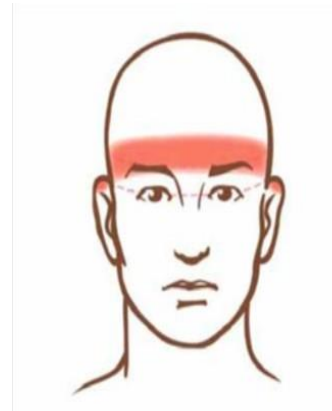
	DCI	DCA
Lesiones en piel	Limitada a sitio de contacto	No limitada a sitio de contacto
Sintomas	“Quemadura”	Prurito
Epidemiología	Afecta a mayoría de sujetos expuestos	Afecta a minoría de sujetos expuestos
Histología	Necrosis Epidérmica e Hiperplasia	Espongiosis
Patch Test	Negativo	Positivo
Inmunología Cutánea	SIN LT hapteno-específicas	CON LT hapteno-específicas

Profesiones Comúnmente Asociadas a DCO

Construcción	Dicromato de Potasio, Cobalto, Aditivos en caucho (tiuram, mercaptobenzotiazol). Cemento húmedo (DCI)
Aseo	Trabajo húmedo (DCI); Fragancias, caucho (DCA)
Peluquería/ Cosmetología	Irritantes del shampoo (peróxido de hidrógeno), aire caliente, etc. DCA: Parafenilenediamina (tinciones) y Resinas (uñas)
Salud	Trabajo húmedo; caucho, metales, resinas, glutaraldehido, triclosán, clorhexidina, jabón de glicerina

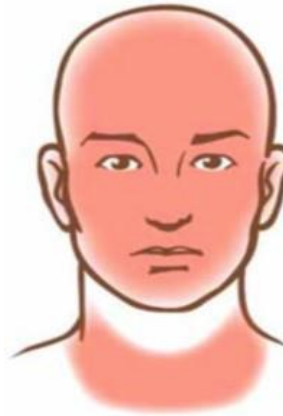
Patrones Topográficos: Cuero Cabelludo

- DC más común en ámbito no – laboral (productos para el pelo :PPD)
- DCO frente + porción superior de pabellones auriculares (accesorios de seguridad como casco)



Patrones Topográficos: Cara

- Compromiso dermatico completo en DCO por Aeroalergenos y DCO Fotoalérgica (respeta retroauricular y submentoniano)



- DCO por aeroalergenos puede respetar nariz
- DCO puente nasal por uso de mascarilla



Patrones Topográficos: Cara

Párpados se afectan comunmente,
tanto x alergenicos como por
autoeczematización



DCA sistémica



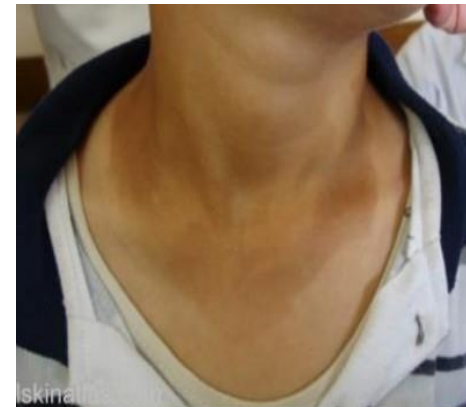
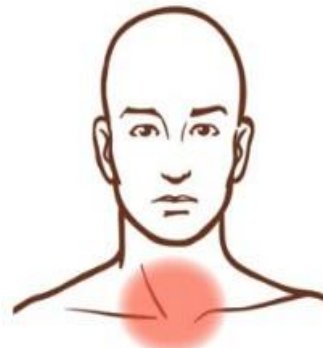
Fig. 8. Allergy to nail polish and ethylcyanoacrylate (Superglue) used to treat fissures on fingers, with ectopic dermatitis on face.

Patrones Topográficos: Cuello

Contactantes aerodispersados
(cuello de la ropa) fibra de
vidrio, aserrín.



Patron del atomizador
sugereente de fragancias



Patrones Topográficos: Tronco

DCO poco frecuente

DCA/O x textiles o detergentes
para el lavado de ropa
protectora

DCA caucho en elasticos o x
metales en sus botones
(Niquel)



Patrones Topográficos: Manos

- Sitio más afectado x DCL
- Mayor compromiso del dorso (piel más delgada)
- Dorso y muñecas en DCO guantes
- Primeros 3 dedos en DCO trabajos de precisión
- Palma de Mano en metales



Fig.1. Hand dermatitis due to mercaptobenzothiazole in corrosion inhibitors at work and subsequent use of nitrile gloves containing mercaptobenzothiazole.

Patrones Topográficos: Pies

También se afecta más el dorso que la planta



Fig. 3. Shoe dermatitis in same patient as in Fig.1; relevant to thioureas and/or mercaptobenzothiazole in shoe insoles.

Caucho de botas DCA + frecuente en pies (respeto pliegue interortejos)



Otros Patrones Clínicos:

DCA x Aeroalergenos

- Alergeno aerotransportado
- Cara, párpados (edema), submandibular y retroauricular.
- Conjuntivitis. En cuello sobre pliegue de ropa
- Humos de soldadura, cementos, adhesivos, aserrín



Fig. 1. Severe allergic contact dermatitis from airborne exposure to methyl- and methylchloro-isothiazolinone in freshly-painted walls.

Otros Patrones Clínicos:

DCA Fotoalérgica

- Rubro agrícola: psoralenos vegetales + trabajo al aire libre
- Areas descubiertas (respeta párpados, retroauricular y submentoniano)
- Dg. Foto test de parche



Otros Patrones Clínicos:

DCA a Proteínas

- HS I y IV
- Látex, Harinas
- Prurito, habones, eczema prolongado
- DCO con mayor tasa de incapacidad laboral



Otros Patrones Clínicos:

DCA Sistémica

- Sujeto previamente sensibilizado por vía tópica re expuesto en forma sistémica
- Fármacos, metales
- Dihidrosis, dermatitis flexural, vasculitis, eritema multiforme



Fig. 4. (A, B) Hand and foot dyshidrotic eczema a result of systemic nickel dermatitis in a candy maker

Otros Patrones Clínicos:

DCA Liquenoide

- Clínica e histología similar a LP
- Inicialmente asemeja eczema agudo
- Evoluciona en semanas a erupción liquenoide
- Revelado Fotografico, Niquel, Cromo, Aditivos del caucho, Resinas Epoxi.



Diagnóstico Diferencial de DCO

Diagnósticos Diferenciales de las DCO	Elementos Clínicos Distintivos
Dermatitis Endógenas:	
Dermatitis Atópica	Más generalizada que DC. Distribución característica según edad, que en adultos predomina en pliegues flexores
Dermatitis Numular	Lesiones dermatíticas diseminadas, pruriginosas, en forma de moneda, de curso crónico. pPrincipalmente en extremidades

Diagnóstico Diferencial de DCO en las Manos

Tiña Manuum	Compromiso interdigital e hiperqueratosis palmar. Compromete habitualmente pies (intertrigo) y pliegues inguinales. Afecta más la palma que el dorso
Síndrome Antifosfatasa	Miopatía inflamatoria idiopática + “Manos de Mecánico” + fenómeno de Raynaud + artritis no erosiva + afección intersticios pulmonar + anticuerpos antisintetasa en suero (Jo-1)
Psoriasis palmoplantar	Placas y pústulas en palmas y plantas o placas hiperqueratoticas fisuradas Koebner (+). Antecedente de psoriasis, compromiso ungueal y articular.
Eczema Dishidrótico	Vesículas firmes y pruriginosas en palmas, plantas y caras laterales de dedos, eritema en grado variable y descamación gruesa.
Escabiosis	Prurito y compromiso interdigital como surcos y fisuras. Familiares afectados.



Fig. 5. Vesicular hand dermatitis with moderate inflammation on the side of a finger.



Fig. 4. Vesicular hand dermatitis without inflammation on the side of a finger.



Dermatitis de Contacto Ocupacional

v/s

Dermatitis de Contacto No ocupacional

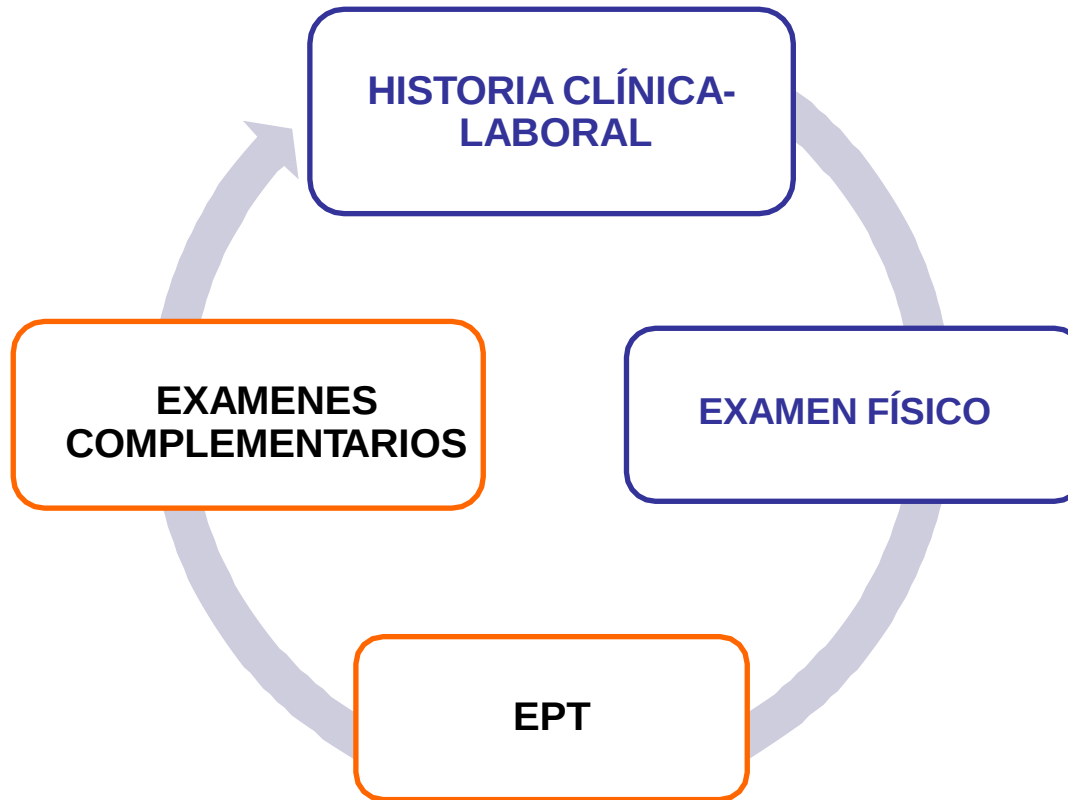
METODOS DIAGNOSTICOS

Conocer los métodos de evaluación diagnóstica en dermatitis de contacto ocupacionales



Aprender a realizar una adecuada evaluación clínica de la patología laboral

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA



HISTORIA CLÍNICA-LABORAL

Establecer relación causal entre clínica y exposición laboral

Antecedentes médicos

- Antecedentes personales de atopia

Antecedentes laborales

- Actividad laboral actual
- Trabajos anteriores
- Actividades recreacionales u otros oficios

Exposición a líquidos >2 h/día o lavado de manos >20 v/día es FR

Condición clínica actual

- Características del puesto de trabajo
- Contactantes presentes
- Medidas de protección disponibles
- **Relación temporal entre exposición e inicio**
- Evolución según suspensión de la exposición

Morfología y estado evolutivo

- Consistente con dermatitis de contacto en etapa aguda, subaguda o crónica
- **Localización**
 - Relación con el tipo de trabajo y contactante
 - Cara y párpados: aero-transportados.
 - Manos y antebrazos: líquidos.
 - Zonas expuestas:



EXAMEN FÍSICO

Morfología y estado evolutivo

- Consistente con dermatitis de contacto en etapa aguda, subaguda o crónica

Localización

- Relación con el tipo de trabajo y contactante
- Cara y párpados: aero-transportados.
- Manos y antebrazos: líquidos.
- Zonas expuestas: sólidos.

Áreas de mayor contacto con líquidos: bordes radiales de dedos, pliegues o bajo otros objetos



EVALUACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO

EVALUACIÓN DE PUESTOS DE TRABAJO (EPT)

Evaluación en terreno realizada por personal entrenado para determinar las características de la exposición laboral

		EVALUACION DE PUESTO DE TRABAJO PARA ESTUDIO DE PATOLOGIA DERMATOLOGICA	
EQUIPO DE DERMATOLOGIA GERENCIA MEDICINA DEL TRABAJO.		Fecha : Febrero 2009 Versión : 01	

DATOS EPT	
Fecha de solicitud	
Nombre del Médico	

ANTECEDENTES DE LA EMPRESA			
Nombre / Razón social			
Rut de la Empresa		Nº de Adherente	
Rubro o Actividad principal			
Dirección del lugar de trabajo			
Nombre del jefe			
Teléfono			

ANTECEDENTES DEL TRABAJADOR			
Nombre			
Rut			
Teléfono particular/ Móvil			
Cargo que desempeña			
Fecha próximo control		Hora del control	
Reposo	SI ☐	NO ☐	
Actividad específica a observar			
Observaciones/Lugar de control			

TIPO DE EVALUACIÓN SOLICITADA

Descripción de trabajo (Realice brevemente descripción)	
Relación Trabajo- Contacto P@ (Describa la forma de contacto)	
Contaminantes (Detalle y enumere los elementos de contacto, sus características químicas y el tiempo de exposición ante la amenaza)	
Acceso a: (Describir y detallar)	o Lavado Manos o Hidratación Cutánea o Fotoprotección D Otros: _____
Medidas de Protección	D Ropa D Guantes D Otros: _____
Comentarios:	

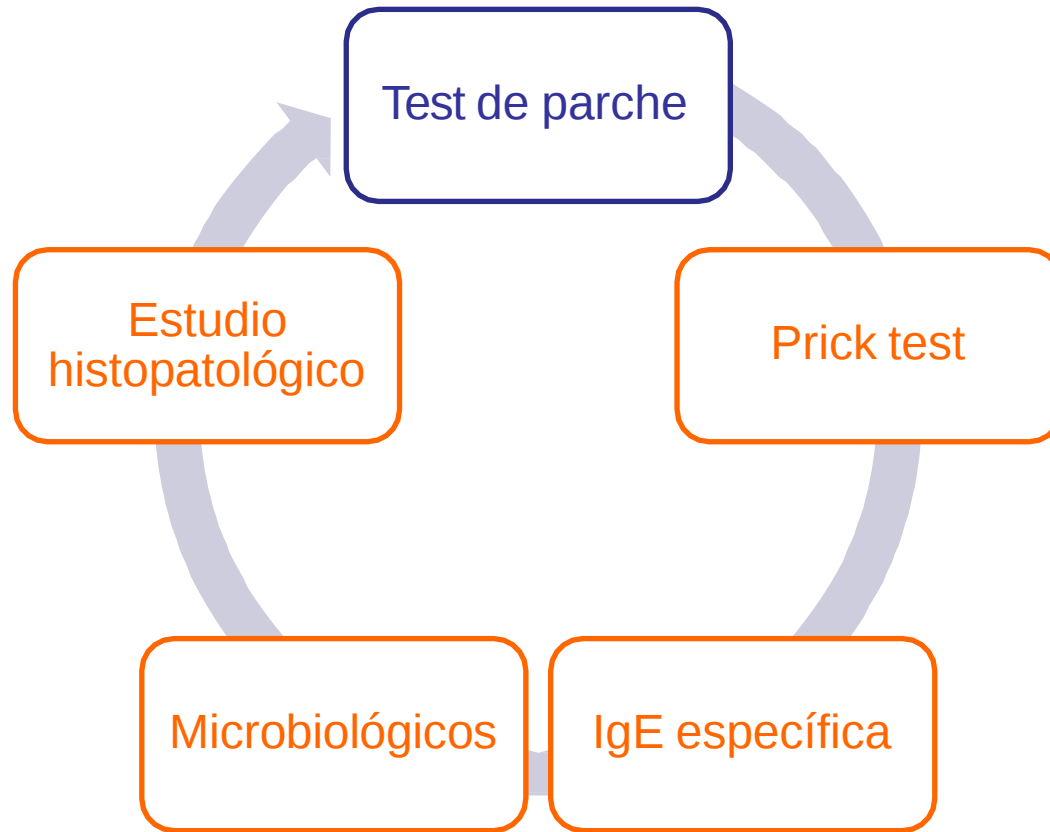


TIPO DE EVALUACIÓN SOLICITADA

Descripción de trabajo (realice breve descripción)	
Relación Trabajo- Contacto P@ (Describa la forma de contacto)	
Contilctantes (Detalle y enumere los elementos de contacto, sus características químicas y el tiempo de exposición durante la jornada)	
Acceso a: (Describir y Detallar)	☐ Lavado Manos ☐ Hidratadon CUTáinea ☐ Fotoprotecclóri ☐ Otros: _____
Medidas de Protección	☐ Ropas ☐ Guantes ☐ Otros: _____
Comentarios:	



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS





TEST DE PARCHE

Metodología

Lunes

Sitio de aplicación



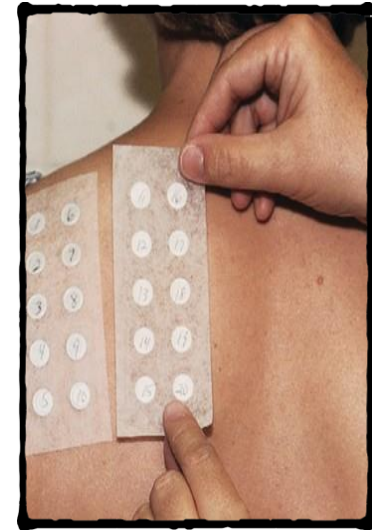
Otros: dorso bajo,
flancos, antebrazos,
muslos

Carga de recipientes



Carga día de aplicación
Acrilatos, fragancias y
alérgenos en vehículo
volatil cargar instantes
antes del TP

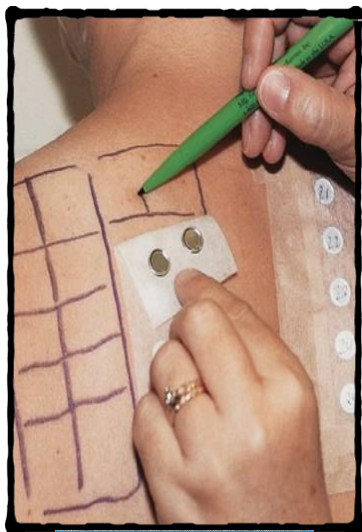
Aplicación de parches



Limpieza de la zona
Zona seca, No usar OH
Posicionar dorsiflexión
Presionar parche y
sobre cada recipiente
Adicionar tela micropore

Metodología

Remoción de parche

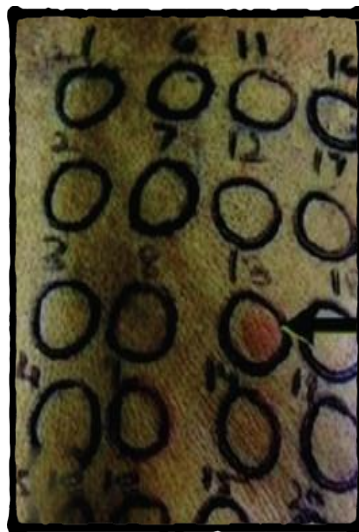


Miércoles

**48 horas post
aplicación**

Marcar bordes

Lectura del TP



1ºL (Miércoles):
20-30' post remoción.

2ºL (Viernes): 3º d

Otras lecturas: 7-10º d

**30% de alérgenos
relevantes = negativos
1ºL, se vuelven
positivos 2ºL.**

Metales (níquel, cobalto,
oro)

ATB (neomicina)

Corticoides tópicos

Colorantes

Prueba Test de Parche V2

Nombre

Rut

Fecha

Edad:

Empresa

Cargo

Nº	Sustancia	48 hr	96 hr
1	Potasio Dichromate 0.5		
2	Neomycin Sulphate 20 %		
3	Thiuram Mix 1 %		
4	Fragrance Mix II 14 %		
5	Cobalt Chloride, 6H2O 1 %		
6	Benzocaine 5 %		
7	Formaldehyde (in water) 1 %		
8	Colophony 20 %		
9	Clioquinol 5 %		
10	Balsam of Peru 25 %		
11	N-Isopropyl-N'-phenyl Paraphenylenediamine 0.1 %		
12	Wool Alcohols 30 %		
13	Mercapto Mix 1 %		
14	Budesonide 0.1 %		
15	Paraben Mix 16 %		
16	Paratertiarybutyl PhenolFormaldehyde Resin 1 %		
17	Fragrance Mix 8 %		
18	Quaternium-15 1 %		
19	Nickel Sulphate, 6H2O 5 %		
20	5-Chloro-2-methyl-4-isothiazolin-3-one + 2-Methyl-4-isothiazolin-3-one (3:1 in water) 0.01 %		
21	Mercaptobenzothiazole 2 %		
22	Sesquiterpene Lactone Mix 0.1 %		
23	Hydroxymethylpentylcyclohexene- carboxaldehyde 5 %		
24	Primin (important in only some countries) 0.01 %		
25	White petrolatum 100%		
26	Finn Chamber blanco		

Gentileza TM. Luis Moreira

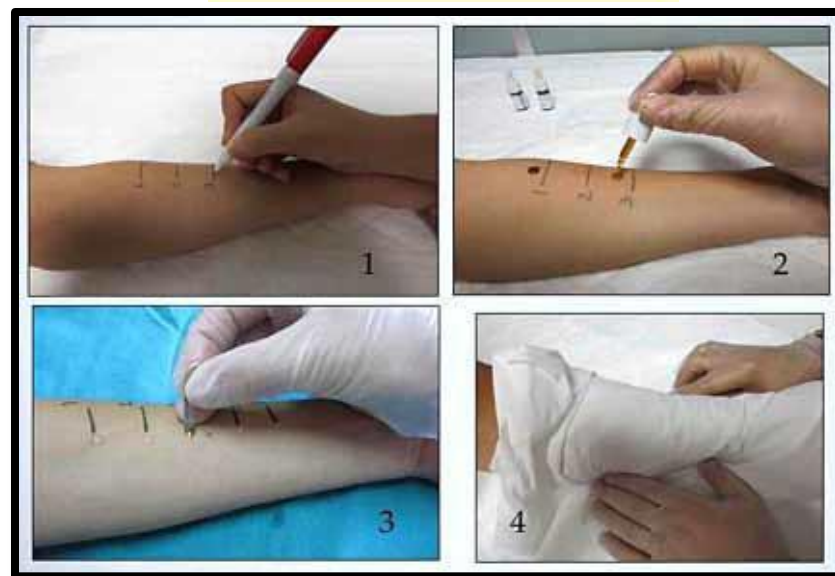
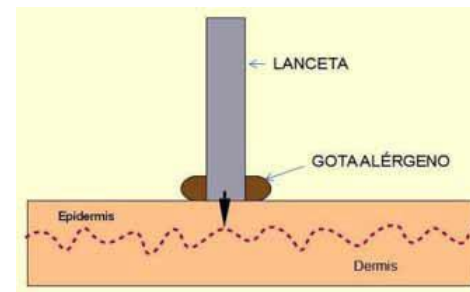
Profesiones Comúnmente Asociadas a DCO

Construcción	Dicromato de Potasio, Cobalto, Aditivos en caucho (tiuram, mercaptobenzotiazol). Cemento húmedo (DCI)
Aseo	Trabajo húmedo (DCI); Fragancias, caucho (DCA)
Peluquería/ Cosmetología	Irritantes del shampoo (peróxido de hidrógeno), aire caliente, etc. DCA: Parafenilenediamina (tinciones) y Resinas (uñas)
Salud	Trabajo húmedo; caucho, metales, resinas, glutaraldehido, triclosán, clorhexidina, jabón de glicerina

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Prick test

- In vivo
- Evaluación de HS tipo I: Urticaria de contacto (alergia látex y DCP)
- Lectura a los 15-20 min
- (+) = >3 mm sobre control negativo
- Ventajas: Alta S y E, rápido, costo-efectivo
- No realizar en alto riesgo de anafilaxia, anafilaxia reciente
- Suspendir AH, CT, CS, ITC, Omalizumab



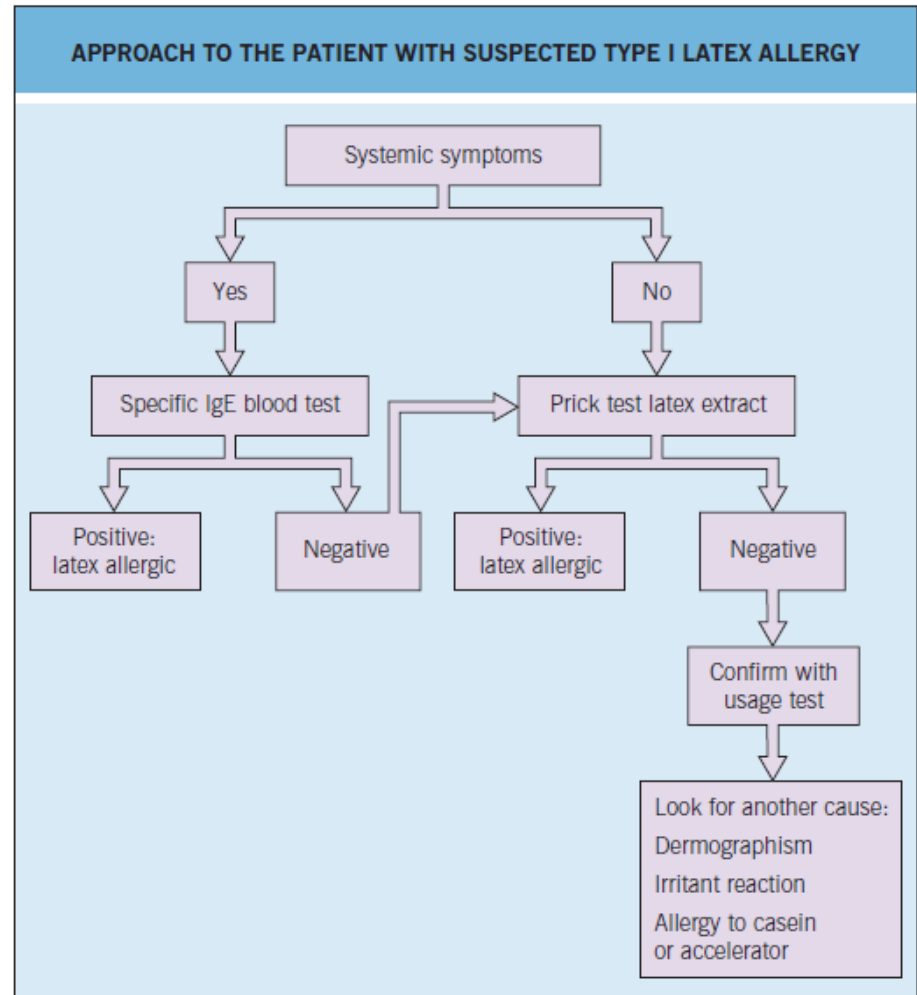
Falsos (-) = Reacción reciente, fármacos, baja potencia del reactivo, técnica incorrecta.

Falsos (+) = Irritación, dermatografismo, sobreposición, contaminación.

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

IgE específica

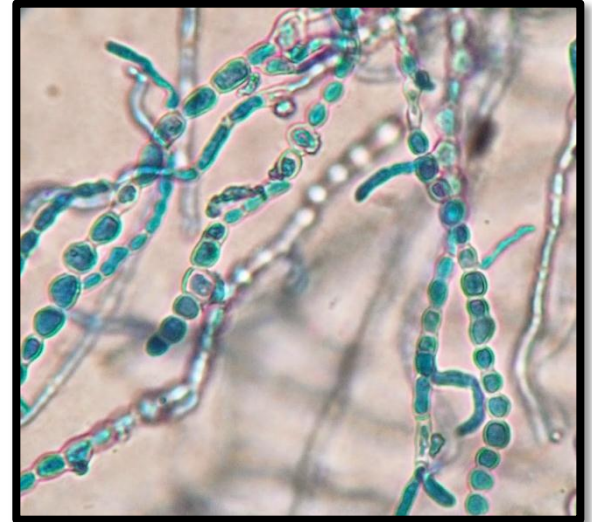
- In vitro
- Evaluación HS tipo I
- Medición de niveles circulantes de IgE específica por inmunoanálisis (RAST, ELISA, FEIA)
- Alta E, menor S que prick test
- Ventajas: Sin riesgo de anafilaxia, se puede solicitar inmediatamente después de la reacción, no es necesario suspender medicamentos



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Estudio microbiológico

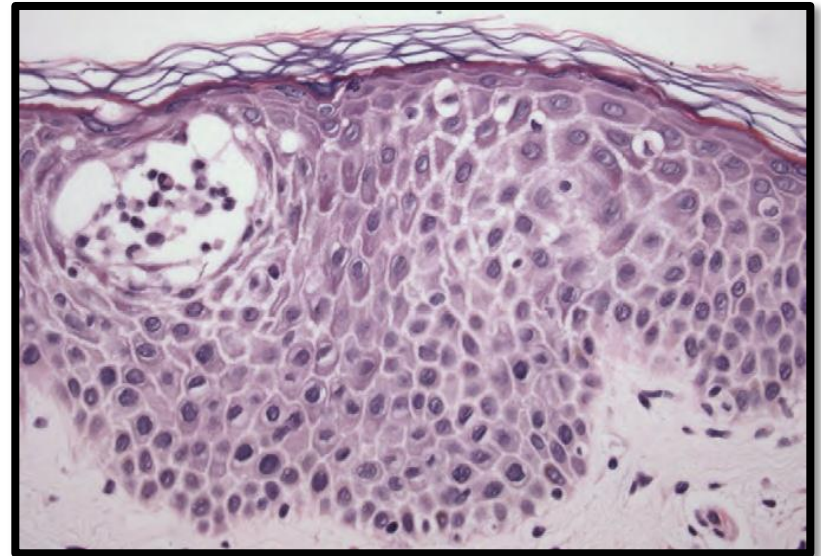
- Diagnóstico diferencial
- Micológico directo + cultivo de hongos



EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

Estudio histopatológico

- Dermatitis espongiótica
 - Aguda: espongiosis, vesículas, infiltrado perivascular superficial linfocitario +/- eosinófilos
 - Subaguda: Se agrega paraqueratosis
 - Crónica: Predomina hiperqueratosis y acantosis



Solicitar en casos persistentes o duda diagnóstica
(psoriasis, queratodermia, micosis)



Tratamiento Dermatitis de Contacto

Manejo Dermatitis de Contacto Irritativa (DCI)

- Identificar y suspender el agente irritante.
 - Una vez identificado el contactante causal del cuadro, el primer paso es la educación del paciente y la familia, sobre todo si es de edad pediátrica.
 - Minimizar el contacto con detergentes, agentes limpiadores o solventes.
 - Uso de guantes de algodón y encima de plástico, causan menos alergia que los de goma.
 - Uso de guantes en climas fríos.

- Agua tibia y pequeña cantidad de limpiador para el lavado de manos.
- Completo y suave enjuague y secado de manos en cada lavado.
- Uso de hidratante varias veces al día.
- Suspender el contactante, puede ser suficiente para el éxito de la patología, si esto no basta, se continua con el manejo médico, de manera ascendente.

1. M.P Castanedo-Tardan, C. Matiz, S. E. Jacob. Contact Dermatitis in Children – A review of current opinion. Actas Dermosifiliog. 2011; 102(1): 8-18.

2. Ronal Goldner, Papapit Tuchinda, Irritant Contact Dermatitis in Adults, Uptodate.com, Jun 25, 2015. Topic 13661 Version 10.0.



Emolientes: son más efectivos al usarlos con la piel húmeda beneficiosos en DCI, suavizan estrato corneo y captan agua al estrato corneo.

Se usan para suavizar y restablecer la barrera cutánea.

Deben aplicarse varias veces al día en la zona afectada.

- Existen los emolientes oclusivos, hidratantes, que en forma combinada, mejoran su efecto. La eficacia de emolientes ha sido demostrada en varios estudios, sin diferencias en los distintos tipos de lípidos usados. Se recomienda el uso de cremas ricas en aceites de origen vegetal como la Canola.



1. Held E1, Lund H, [Agner T](#). Effect of different moisturizers on SLS-irritated human skin. Contact Dermatitis. 2001
2. Ronal Goldner, Papapit Tuchinda, Irritant Contact Dermatitis in Adults, Uptodate.com, Jun 25, 2015. Topic 1366
3. Mercedes Rodríguez-serna, Dermatitis de contacto irritativa profesional: causas prevención y tratamiento. Piel 2



Tipo DCI	Corticoide	Ejemplo	Duración
Severa o crónica liquenificada (excepto cara y pliegues)	Muy alta potencia	Clobetasol 1-2 v/d.	2-4 sem.
Moderada (excepto cara y pliegues)	Alta potencia	Betametasona dipropionato 1-2 v/d.	2-4 sem.
Aguda + cara y pliegues	Baja –mediana potencia	Hidrocortisona valerato 1-2 v/d.	1-2 sem.

- Otros medicamentos: Inhibidores calcineurina tópicos como el tacrolimus, se pueden usar en cara y zonas de piel delgada.
- En cuadros severos, con lesiones de mucosas o si no hay respuesta con lo anterior, se inicia el manejo corticoides sistémico con Prednisona 1 mg/kg/d.
- Otros tratamientos: Dapsona como Inmunomodulador, Fototerapia con PUVA o Banda Angosta.
- Si no hay mejoría clínica se puede iniciar con otros Inmunosupresores tales como Ciclosporina 3mg/kg/d durante 6 semanas, Metotrexato y Azatioprina 100 mg/día durante 6 meses.
- En casos recalcitrantes se usa retinoides orales, Alitretinoína, descrita en la literatura con buenos resultados.

1. Veien NK, Olholm Larsen P, Thestrup-Pedersen K, Schou G. Long-term, intermittent treatment of chronic hand eczema with mometasone furoate. Br J Dermatol 1999; 140:882.
2. A. Alomar et al. Alitretinoína y eczema crónico de manos, Med Cutan Iber Lat Am 2010; 38(1):23-32.
3. Diagnóstico y tratamiento de dermatitis de contacto en adultos. Mexico, Secretaria de Salud, 2010.

Dermatitis de Contacto Alérgica (DCA)



- Muy similar al manejo de DCI.
- Se basa en 4 pilares:
 - 1° Identificación y suspensión del o los Alergenos “Culpables”
 - 2° Reemplazar el alérgeno por otra sustancia inocua.
 - Educación personalizada, según el alérgeno identificado en cada caso.
 - Suspende alérgenos ocupacionales, automatización laboral, recinto de proceso, equipamiento para manipulación de alérgenos, mantener distancia adecuada del alérgeno, lavar inmediatamente al contacto con irritantes y uso de medidas de protección.

- 3° Reparación de la barrera cutánea. Mediante uso de emolientes, con lípidos ya descritos en manejo de DCI.
- 4 ° Protección de piel, la DCI se asocia o precede DCA, antes del trabajo usar barreras y después usar emolientes.

Prevención

Medidas Preventivas, Evitativas y terapéuticas



Medidas ambientales	Medidas personales	Medidas médicas
Evaluación de puestos de trabajo	Cremas de Barrera	Evitar preparaciones tópicas sensibilizantes
Identificación de riesgo	Limpiadores	Rehabilitación médica
Sustitución sustancias alergénicas	Vestimenta de protección	Rehabilitación vocacional
Ventilación mantenimiento, etc.		

Pronóstico

Mejoría en Países Desarrollados 80%

Factores de Mal Pronóstico:

DCA a Níquel, Cromo, Látex (presencia extra-laboral)

Cronicidad

Tratamiento Tardío

Antecedente de DA

Conciencia de Enfermedad



CONCLUSIÓN

La adecuada evaluación de la patología dermatológica laboral es importante ya que puede implicar cambios en puesto de trabajo, profesión o incapacidad permanente.

El estudio del agente causal es fundamental para orientar las medidas preventivas necesarias



Muchas
Gracias!!!